FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges RYCKEBUSCH

Né le 31 mars 1889, à Brives (Corrèze)

PSYCHOPATHIES

ET

VARICOCÈLE

(Indications opératoires)

Président : M. RECLUS, *professeur*

PARIS (VI^e^)

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

E. LE FRANÇOIS

9, 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 9, 10, (*Place de l'Odéon*)

1914 Tél : Gobelins, 35-79

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. RECLUS

qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.
Hommage de notre profond respect.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN PICQUÉ

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine

Hommage de notre profond respect et de notre grande reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

DES DIVERSES OPINIONS ÉMISES SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU VARICOCÈLE

Si l'on étudie les rapports, unissant la Psychiatrie et la Chirurgie, on aperçoit nettement les avantages qu'en tire cette dernière tant au point de vue pronostic, qu'au point de vue traitement.

Cette utilité se révèle surtout, lorsque l'on sait apprécier la nature vraie du *terrain névropathique* et du *terrain hypochondriaque*.

Cette connaissance permet au chirurgien de décider si une intervention opératoire est opportune pour traiter un varicocèle. Nul n'ignore la mort tragique du professeur Delpech, qui avait opéré un varicocéleux hypochondriaque.

Les opinions émises sur ce sujet sont très diverses ; deux grandes théories se trouvent en présence :

1° Pour beaucoup de chirurgiens, dont M. le professeur Mignon (du Val de Grâce) et M. le professeur Reclus dans la thèse de son élève Saussol, tout varicocèle dont les symptômes fonctionnels sont accen-

tués doit être justiciable d'une intervention opératoire. Pour eux, tout varicocèle retire de l'intervention un grand bénéfice.

2° Pour certains auteurs anglais l'opération doit être rejetée dans tous les cas (Gould, Société des médecins de Londres).

Colombani (1) dans sa thèse avait été plus éclectique, l'admettant dans certains cas, dans d'autres la rejetant.

Mais les indications opératoires du traitement chirurgical du varicocèle n'ont été nulle part mieux étudiées, que dans les ouvrages de notre Maître, M. le docteur Lucien Picqué.

Nul mieux que lui n'était qualifié pour mettre au point cette question de Chirurgie Psychiatrique.

Qu'il nous soit permis de lui adresser l'hommage de notre profonde gratitude pour la grande bienveillance avec laquelle il a bien voulu diriger nos modestes efforts dans cette importante étude de thérapeutique chirurgicale.

Tant dans son service à l'hôpital Lariboisière, qu'au Pavillon de Chirurgie de Sainte-Anne, nous avons pu nous rendre compte de l'importance extrême que revêt l'étude de l'état mental chez les malades varicocéleux. Dans beaucoup de cas, lorsqu'on opère un de ces malades l'état mental s'altère. Pourquoi ? C'est que faute d'un examen complet de leur état psychique on opère des gens Psychopathes avérés ou bien

(1) Thèse faite sous la direction de M. le Dr L. Picqué.

candidats à la Psychose. Souvent, dans ce dernier cas, on a vu l'éclosion de véritables Psychoses post-opératoires. Quelquefois même, malgré une analyse minutieuse on laisse passer de futurs Psychopathes et une des observations de cette thèse en est un exemple frappant. Aussi doit-on toujours faire un examen complet de l'état mental de ces malades.

Nous allons voir tout d'abord, en nous plaçant à un point de vue général, quelles sont les indications utiles fournies à la chirurgie par la connaissance de la Psychiatrie. Cette étude des réactions morbides de l'état mental, par rapport aux diverses affections chirurgicales, nous permettra de poser utilement les indications et contre-indications opératoires du traitement chirurgical du varicocèle.

CHAPITRE II

DES RAPPORTS DE L'ÉTAT MENTAL (1) AVEC LES AFFECTIONS CHIRURGICALES

C'est une opinion très répandue, que toute affection chirurgicale appelle une intervention sanglante, qu'il convient de pratiquer sans tenir compte de l'état mental du sujet.

Il est cependant nécessaire de faire une distinction :

La vie d'un malade étant menacée à bref délai, le chirurgien doit en effet, en cas d'urgence, s'inspirer seulement de la situation du moment, écartant toute considération étrangère. L'obligation impérieuse d'arrêter une hémorragie, de trachéotomiser un malade suffocant, d'ouvrir une collection purulente, de réduire un étranglement herniaire s'impose dans tous les cas. Que le malade soit diabétique, albuminurique, tuberculeux ou en puissance d'un état mental, peu importe, coûte que coûte, il faut opérer.

(1) Nous avons puisé les éléments de ce chapitre et des suivants, dans l'intéressant rapport de M. le Dr Picqué au Congrès des aliénistes de Langue Française au Puy, 1913.

Il n'en est certainement plus de même dans la pratique chirurgicale courante :

Un malade est-il atteint d'un déplacement d'organes comme le prolapsus utérin, d'une hernie simple, d'un varicocèle ou d'une tumeur bénigne comme le fibrome utérin sans complications, l'état général et l'état mental sont à étudier.

Nous laisserons de côté les contre-indications liées à l'état albuminurique ou diabétique de même qu'à l'infection tuberculeuse.

Nous allons simplement étudier ce qui a trait à l'état mental.

L'état cérébral du sujet fournit des renseignements très importants pouvant entraîner comme tout état viscéral des contre-indications opératoires. La pratique ordinaire permet d'ailleurs de constater, quoi qu'on en dise, les inconvénients de l'intervention systématique chez tout individu.

L'étude des Psychoses post-opératoires prouve suffisamment qu'on ne touche pas impunément aux psychopathes.

M. L. Picqué, dans une récente communication à l'Académie de Médecine (*Psychothérapie et Psychothérapeutique chirurgicales*, 1912) a montré que de l'opposition entre les indications et contre-indications d'ordre chirurgical et mental, découle pour le clinicien la vraie indication ou contre-indication opératoire, le mettant à l'abri des insuccès et des déconvenues dans la chirurgie des psychopathes.

La détermination de cet état mental constitue la difficulté diagnostique principale.

Ainsi donc l'étude de l'état mental de tout sujet soupçonné de psychopathie doit dominer celle des indications et des contre-indications opératoires.

Prévenir la Psychose avant de chercher à la combattre, tel est, selon M. Picqué, le postulat sur lequel repose toute la chirurgie des Psychoses.

C'est à l'hôpital chez les psychopathes non internés que cette étude prend une très grande importance ; nous ne pouvons ici qu'en donner un simple aperçu.

Cette étude n'intéresse que les psychopathes conscients dont la vulnérabilité cérébrale est susceptible de favoriser la production de traumatismes psychiques fréquemment observés ; traumatismes psychiques précédant ou suivant l'acte opératoire, aggravant un état mental préexistant ou en faisant naître un nouveau.

Il est certain que nous ne nous occuperons pas des sujets atteints de psychoses congénitales ou organiques arrivées à la période de démence et qui échappent naturellement à cette étude.

Lorsqu'on trouve un sujet atteint de troubles mentaux, il faut pouvoir établir entre le trouble et la lésion chirurgicale un rapport de cause à effet.

Il faut savoir reconnaître :

1° Les psychoses congénitales (imbécillité) ;

2° Les psychoses organiques (paralysie générale) ;

3° Les intoxications alcooliques ;

4° Les différentes formes d'épilepsies.

Il est des notions qu'il faut toujours chercher :

1° L'origine d'un trouble mental (délire) (dans certains cas cette origine peut être extra-cérébrale, dans ces cas on peut être autorisé quelquefois à intervenir).

2° Une lésion périphérique étant diagnostiquée, il faut savoir si elle trouve en elle-même l'indication d'une intervention chirurgicale rationnelle et raisonnable ; c'est-à-dire, rechercher et prouver que le délire accompagnant la lésion périphérique en est la conséquence ou indépendant.

Ce rapport de cause à effet, une fois démontré, toute liberté sera acquise au chirurgien pour poursuivre le délire dans son origine extra-cérébrale, ou mieux l'indication opératoire sera alors formelle. Dans ces cas, c'est l'indication thérapeutique capitale pour le traitement de la psychose.

Nous croyons que l'indication opératoire ainsi posée répond complètement à l'intérêt de tout malade présentant une affection chirurgicale accompagnée de troubles légers ou graves de l'état mental. De plus, le mode de traitement est capital, car suivant telle ou telle technique employée, telle lésion peut s'aggraver, persister ou guérir.

En présence d'une affection chirurgicale chez un

malade psychopathe, notre devoir est d'envisager l'une après l'autre les deux indications suivantes qui sont primordiales :

1° L'indication causale ;

2° L'indication de la méthode thérapeutique à employer.

CHAPITRE III

DE L'ORIGINE EXTRA-CÉRÉBRALE DES TROUBLES PSYCHIQUES

En nous appuyant exclusivement sur la clinique et sur les faits observés tant à l'hôpital qu'à l'asile par M. le Dr L. Picqué, nous allons nous appliquer à montrer l'origine extra-cérébrale des troubles psychiques qui répondent à la première indication.

Troubles psychiques liés à des lésions périphériques infectieuses.

M. Picqué à l'aide de nombreux faits cliniques a établi, depuis longtemps, le rôle important de l'infection des organes et des tissus dans l'évolution de certaines psychoses. Il est arrivé ainsi à concevoir ce qu'il appelle : « le délire périphérique ».

L'infection aiguë dans ses rapports avec le délire a été depuis plus de vingt ans bien étudiée par les psychiâtres français.

Partant du délire, ils sont remontés jusqu'à la no-

tion d'infection ; ils ont pu ainsi dégager plusieurs formes importantes.

Par contre, à l'hôpital on suit une voie inverse libre de doctrine.

Le délire s'installe parfois sur une base infectieuse et on peut en voir le début : c'est ainsi que parmi les malades qui viennent si nombreux à l'hôpital avec des foyers infectieux (suppurations diffuses des membres, collections purulentes viscérales, pyosalpinx, cholécystites infectieuses). On constate parfois un délire transitoire qui accompagne le syndrome de la septicémie générale. Ce délire transitoire est souvent sous forme de confusion mentale, de délire infectieux classique, parfois même on observe de véritables états maniaques avec ou sans automatisme.

Il est d'autres formes qui sont en général mal observées à l'hôpital et qui sont loin d'y être rares ; ce sont les plus intéressantes à connaître.

Souvent on constate du délire partiel dont le contenu est en général peu systématisé sous forme de dépression ou de découragement, d'idées d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation, d'idées de suicide, de préoccupations hypochondriaques.

Souvent les formules délirantes sont plus précises encore, sous forme d'idées de persécution, d'idées d'illusions, d'interprétations délirantes, d'hallucinations de l'ouïe.

La précision des formes délirantes est en rapport avec le degré de la prédisposition, le délire suit dans ses diverses modalités l'évolution de la septicémie, il

disparaît quand l'infection guérit soit spontanément, soit à la suite d'une intervention. Il continue quand l'infection échappe aux ressources de la chirurgie.

Dans les infections chroniques d'emblée, on observe fréquemment de simples troubles de l'affectivité et de l'humeur.

Lorsque la suppuration profonde ou superficielle a été découverte doit-on systématiquement intervenir dans tous les cas ? Chez certains malades, il est préférable de se soustraire aux dangers d'un traumatisme psychique et de laisser un foyer d'infection chronique s'éteindre spontanément, quand la durée de ce travail ne doit pas dépasser certaines limites ; chez tel autre, au contraire, il convient d'agir de suite. La détermination en restera toujours fort délicate.

Du délire lié à des lésions périphériques non infectieuses.

A côté de l'hypochondrie congénitale ou constitutionnelle il convient d'envisager une classe spéciale de ces malades :

Les interprétateurs hypochondriaques de troubles organiques (Vigouroux et Sollier) ; les folies réactionnelles dont le domaine serait immense (Legrain). D'autre part, Sérieux tend à admettre que l'idée hypochondriaque est l'interprétation fausse de sensations réelles.

Roy, au congrès de Rennes, avait été beaucoup

plus loin, il rattachait tous les états hypochondriaques à des affections déterminées ; il tendait ainsi à ouvrir à la chirurgie une voie à la fois stérile et dangereuse.

« Il convient toutefois de reconnaître qu'on peut « détacher, à l'heure actuelle, du cadre de l'hypochon- « drie essentielle quelques formes qui sont symptoma- « tiques, conformément à l'opinion des précédents « auteurs. La prédisposition y joue naturellement un « rôle prépondérant et son degré commande l'évolu- « tion de l'idée hypochondriaque » (M. L. Picqué).

L'étude des psychopathies génitales chez l'homme et chez la femme est particulièrement intéressante. Au début, psychopathie en général bénine quand la prédisposition héréditaire n'est pas très prononcée. Elle cède à la thérapeutique chirurgicale simple ou associée à la psychothérapie ; tous les chirurgiens ont observé des faits de ce genre.

Dès lors l'existence des formes persistantes et rebelles à toute thérapeutique devient nette et précise, éclairée par le rôle prépondérant de l'hérédité. Aussi allons-nous étudier rapidement la prédisposition héréditaire dans ses différentes formes et cette étude sera la meilleure que l'on puisse faire des contre-indications opératoires.

CHAPITRE IV

DU RÔLE DE LA PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE ET DU TERRAIN PATHOLOGIQUE

Dans les pages précédentes, en nous occupant des liens qui unissent psychoses et affections chirurgicales périphériques, nous avons plusieurs fois parlé de la prédisposition héréditaire et de certains états cérébraux.

Cette étude nous permet de comprendre certaines réactions psychiques à la suite des interventions et d'établir sur des bases solides les différentes contre-indications opératoires.

L'interprétation de certains résultats (retard de guérison mentale, échec ou récidive de l'état mental antérieur) est expliquée par la connaissance de ces deux notions essentielles : *Prédisposition héréditaire et Etat cérébral.*

Nous allons maintenant nous occuper de leurs rapports avec une lésion périphérique chirurgicale.

La façon de réagir du cerveau sur une lésion périphérique, et les modifications dans les syndromes

fonctionnels liés à celle-ci doivent être exactement connues du chirurgien.

Par une étude approfondie des antécédents héréditaires directs et collatéraux on aura une notion juste des prédispositions mentales pathologiques du malade. Si l'on constate chez les parents ou les proches soit des tares nerveuses, soit un trouble mental quelconque ayant nécessité l'internement, le clinicien sera immédiatement mis en défiance. La notion d'infection syphilitique devra toujours être recherchée.

Eviter les interventions inutiles quand le syndrome fonctionnel n'est pas net, se mettre à l'abri de diagnostics erronés, voilà ce qu'on acquiert par l'étude des réactions d'origine cérébrale, étude indispensable au point de vue des indications opératoires.

Nous allons donc envisager successivement l'étude du terrain hystérique et du terrain hypochondriaque tant au point de vue des indications qu'à celui des contre-indications opératoires.

Du terrain hystérique.

Les indications opératoires chez les hystériques n'ont jamais pu être posées d'une façon très exacte. Une opinion généralement admise chez les médecins, est qu'une intervention chirurgicale, pratiquée chez les hystériques, a les plus grandes chances d'améliorer et de guérir l'hystérie. Maillard, dans son

rapport au congrès d'Amiens en 1911, arrive à cette conclusion.

M. Picqué estime pour sa part qu'établir chez les hystériques une indication opératoire est chose fort délicate. Cela exige une connaissance préalable du terrain hystérique et des conditions générales qui favorisent l'éclosion d'une série de réactions psycho-physiologiques.

« Le problème de l'intervention chez l'hystérique « est double. Tout d'abord, il convient d'établir si, en « dehors des cas où la vie est menacée à brève « échéance, on peut opérer un hystérique sans craindre « d'aggraver l'état préexistant.

« C'est la contre-indication d'ordre mental, qu'il « faut rechercher ici comme dans toutes les catégo- « ries de psychopathes. Il faut, à cet effet, tenir compte « des réactions psychiques plus ou moins marquées « que présentent les malades et redouter principale- « ment, chez ceux qui présentent de grandes réactions « mentales, les traumatismes psychiques si fréquents « après les opérations et qui sont susceptibles de pro- « voquer dans ces conditions des réactions mentales « pathologiques. La limite, on le conçoit, est souvent « délicate à établir. » (M. Picqué, rapport du congrès du Puy).

Chez certains malades réclamant avec insistance une intervention opératoire, il faut savoir que l'on peut se trouver en présence d'hystériques en imminence de troubles mentaux. La prudence au sujet de l'intervention est alors de règle, et la plupart du

temps on se trouvera bien de ne remplir que les indications de chirurgie d'urgence.

Voyons quelle est l'action de la chirurgie sur l'hystérie elle-même et sur ses manifestations périphériques. Sous ce terme de manifestations périphériques de l'hystérie, M. le Dr Claude (congrès de Genève, 1909) a envisagé certaines réactions subjectives de l'hystérie.

A côté des troubles primitifs de l'hystérie, leur place est nettement marquée : « Elles intéressent « plus particulièrement le chirurgien parce qu'elles « démontrent dans leur genèse le rôle des lésions « périphériques. » M. Claude dit expressément : « Qu'en dehors des associations hystéro-organiques « bien connues », telle altération organique, qui pourrait rester latente et ne se caractériser, « appa- « raît d'une façon éclatante parce que l'hystérie vient « amplifier le trouble fonctionnel ». La manifestation est ainsi sous la dépendance d'une lésion périphérique et celle-ci en conclut le noyau organique. C'est ainsi que l'on peut expliquer les faits publiés en 1870 par Chrobach sur les rapports de l'hystérie et du rein mobile (8 cas sur 19), ceux de Goelet de New-York en 1905, de Harland de Cincinnati, de Scheffer cité par Albarran.

La pratique de M. L. Picqué lui a permis de reconnaître toute la justesse de cette conception. Le problème clinique qui se pose est alors très délicat à résoudre :

Suivant certains auteurs, l'hystérique est non seu-

lement capable de créer de toutes pièces un symptôme comme la douleur, mais aussi un syndrome fonctionnel simulant la péritonite, l'occlusion intestinale, la sténose pylorique ou l'appendicite aiguë. Les causes d'erreurs sont très nombreuses chez les hystériques. M. L. Picqué les a récemment envisagées dans un mémoire présenté à l'Académie de Médecine le 5 février 1913.

Tout chirurgien a le devoir, avant de poser une indication opératoire chez un hystérique, d'examiner si le syndrome fonctionnel correspond à la lésion conditionnant habituellement ce syndrome. Une statistique d'Angélucci portant sur 109 cas montre les résultats déplorables obtenus chez les hystériques.

Souvent coexiste avec la réaction périphérique une réaction mentale ; cette dernière peut affecter de nombreuses formes : c'est tantôt une déformation inconsciente du syndrome fonctionnel devenue consciente et c'est volontairement que le malade exagère les symptômes subjectifs ; tantôt la simulation est complète ; tantôt enfin la réaction mentale peut affecter la forme délirante. La connaissance de ces réactions est indispensable pour fixer d'une façon précise les indications opératoires.

De ces considérations, il résulte qu'une intervention chez l'hystérique peut supprimer les manifestations fonctionnelles périphériques et centrales liées à une lésion chirurgicale bien nette. Dans tous les autres cas où la lésion ne pourra être nettement constatée, il faudra mieux, à notre avis, s'abstenir ;

aucun fait n'autorise à penser que le terrain hystérique puisse être modifié par une intervention chirurgicale.

Du terrain hypochondriaque.

Connaître le terrain hypochondriaque est une notion aussi indispensable que celle du terrain hystérique. Cela permet d'apprécier avec justesse les divers modes réactionnels du cerveau sur les symptômes fonctionnels et d'établir dans certains cas des contre-indications opératoires. « L'interprétation fausse de « sensations parfois réelles qui, pour quelques aliénistes, caractérise certaines formes d'hypochondrie « dites symptomatiques, entraîne l'exagération des « symptômes fonctionnels » (M. Picqué).

Or, comment se présente cette exagération. Elle est toujours moins compliquée que chez l'hystérique. Elle porte spécialement sur l'élément douleur. La douleur est souvent hors de proportions avec le substratum organique sous-jacent qui souvent même n'existe pas. Telle affection ordinairement indolore devient souvent extrêmement douloureuse. C'est ici que le « dosage des troubles subjectifs » constitue une délicate étude de physiologie pathologique et de clinique. Doit-on opérer? Souvent il vaut mieux s'abstenir ; c'est ce que nous allons essayer de montrer à propos d'un cas particulier, et de cette étude du varicocèle nous déduirons les indications opératoires.

CHAPITRE V

DE L'APPLICATION DES NOTIONS PRÉCÉDENTES A L'ÉTUDE DU VARICOCÈLE

De l'examen d'une statistique (1).

Avant d'examiner les différents aspects de la question, examinons un peu quels sont les résultats du traitement chirurgical du varicocèle. Voici une statistique empruntée à un auteur américain qui, croyons-nous, va nous éclairer cette question :

De l'étude de 403 cas Dollinger tire les conclusions suivantes : l'âge auquel les malades réclament l'intervention est de 20 à 25 ans — 151 cas ; 79 malades avaient de 15 à 20 ans ; 83 avaient de 25 à 30 ans ; 81 0/0 étaient célibataires. Dans 8 0/0 des cas l'affection remontait à la naissance ; mais le plus souvent 151 cas c'est entre 1 an et 5 ans que la maladie fait son apparition. Deux cas seulement sur 403 cas ont

(1) Dollinger Barnay (Boston), Varicocèle, analyse de 403 cas. *The Boston médical and surgical journal*, tome CLXII, nos 11-17, mars 1910 (*Journal de chirurgie*, 1910, p. 580).

trait à des nègres ; 345 fois le varicocèle siégeait à gauche — 5 fois seulement à droite — 33 fois il était double. 270 ont réclamé l'opération à cause de douleurs ; 17 parce qu'ils avaient à subir un examen ultérieur pour l'armée ; 22 à caúse du volume et des sueurs profuses des bourses ; 68 n'avaient aucune raison spéciale ; 18 après avoir épuisé les ressources thérapeutiques de nombreux instituts médicaux sont venus au chirurgien en désespoir de cause ; 8 anciens opérés avaient des rechutes (pour aucun de ces cas Dollinger ne connaît la nature de l'opération pratiquée). Dans 13 cas il y avait thrombose veineuse, dans 36 cas des troubles mentaux très prononcés : hypochondrie, mélancolie, impuissance ou insuffisance génitale.

46 fois le testicule correspondant était atrophié, c'est-à-dire qu'il y avait à la fois diminution de volume et de consistance et perte de la sensibilité normale. Cette atrophie s'est parfois trouvée exister avec un tout petit varicocèle et être peu marquée ou absente avec un gros. L'auteur n'est pas loin d'admettre qu'il s'agit non d'une atrophie secondaire mais d'un arrêt de développement contemporain de l'éclosion du varicocèle ; ce qui paraît confirmer cette théorie, c'est que l'intervention chirurgicale rend parfois au testicule une apparence normale. Dans 61 cas il y avait coexistence d'épispadias, d'hypospadias, de hernies. Dans 17 cas il y avait des varices de la saphène ou des hémorroïdes, dans 4 cas on constate la présence de varices chez les parents des malades.

Dollinger connaît le résultat de l'opération dans 39 cas opérés depuis 1 à 10 ans (résection des veines malades).

36 0/0 n'ont pas retiré de bénéfice de l'intervention au point de vue des douleurs ; ils souffrent encore dans le testicule ou dans l'aine ; 27 0/0 sont encore impuissants ou indifférents ; 15 0/0 ont des récidives ; 80 0/0 semblent avoir retiré un bénéfice quelconque de l'opération.

Dollinger n'est pas émerveillé des résultats de ces soi-disantes opérations radicales et il pense que la thérapeutique médicale et psychique remplace souvent avantageusement l'intervention chirurgicale.

Comment expliquer ces résultats si médiocres et si décevants exposés par l'auteur américain ? un exposé des différentes modalités cliniques du varicocèle va nous permettre d'en exposer les raisons.

Les différents types cliniques de varicocèles.

1° Nous voyons arriver à nous soit un homme d'une trentaine d'années porteur d'un varicocèle très proéminent, soit un jeune homme de 18 à 20 ans. Le scrotum est aminci, déplissé, allongé ; il a pris une vilaine forme en battant de cloche, sa longueur est quelquefois de 20 à 25 centimètres. Le scrotum paraît se rétrécir au niveau de son attache supérieure, en même temps qu'il se renfle à sa partie inférieure. L'allongement est presque toujours asymétrique ; la

bourse gauche qui a la charge du varicocèle descend à un, deux, et jusqu'à plusieurs travers de doigts au-dessous de la bourse droite, et la région devient alors si disgracieuse que l'intéressé en a honte. La bourse gauche a l'air d'entraîner sa congénère dans sa descente, car en bien des cas il n'y a pas de dilatations veineuses à droite. A la surface de pareilles bourses la peau apparaît un peu rouge sillonnée de veines saillantes et ondulantes, le développement des veines du cordon est très marqué, considérable, ces veines dessinent de nombreuses flexuosités ; on pourrait croire que ces malades viennent consulter parce qu'ils accusent une sensation de plénitude et de pesanteur dans les bourses avec tiraillements le long du cordon augmentant dans la marche et les efforts. Il n'en est rien, les malades n'accusant aucun trouble, absence complète de symptômes relatés par les auteurs classiques. Ils viennent, l'un, parce que officier de cavalerie, il voit son varicocèle augmenter et sera bientôt obligé de quitter l'armée ; l'autre jeune homme désirant s'engager et se présenter au conseil de revision exempt de toutes tares. Une autre fois c'est un soldat qui a fait trois ans de service aux sapeurs pompiers comme engagé volontaire et qui vient demander d'être débarrassé d'un varicocèle volumineux pour lui permettre de rengager ; ou bien c'est un jeune homme désirant se marier et voulant faire enlever une lésion disgracieuse. M. Picqué à l'hôpital Dubois a eu à opérer un jeune Alsacien qui désirait prendre du service.

Chez ces malades exempts de symptômes fonctionnels nerveux et de morbidité de l'état mental, que doit faire le chirurgien? Son devoir ici est très net, l'opération est indispensable pour enlever cette lésion gênante. Pensez à la gêne constante due aux bourses comprimées dans le pantalon, à celle de tous les mouvements actifs leur interdisant à un moment donné la vie active à laquelle ils ont droit. Opérez-les, sinon vous les verrez en proie à une obsession constante et un délire hypochondriaque pourra alors s'installer. Dans ces cas l'opération faite à temps réussit toujours ; si l'on attend l'apparition de phénomènes hypochondriaques, le succès devient problématique et l'on a compromis sans profit l'équilibre mental de ces malades.

2° Souvent l'aspect du malade est tout autre : quelques dilatations veineuses, le scrotum, quoique petit, plissé, suffisamment élastique est cependant beaucoup plus descendu que l'autre ; si on l'examine de près, les veines spermatiqnes sont quelques fois fortement dilatées. Ces cas ont été classés par M. Picqué comme moyen ou petit varicocèle. Les malades vous révèlent des symptômes subjectifs pénibles. Souvent on constate les troubles psychiques partout décrits ; tous les cas peuvent être observés : ce sont souvent des individus intellectuels se plaignant de pesanteur dans les bourses, de douleurs irradiées à l'aine, au périnée, aux lombes ; surtout après une marche un peu longue, ils éprouvent des démangeaisons, des cuissons intolérables survenant par crises, surtout en été, lorsqu'ils

entrent en sueurs. Le coït soulage parfois ces crises. Examinez-les après une longue station debout ou une marche à allures rapides, c'est à peine si l'on constate une légère augmentation de leur varicocèle. Rien d'étonnant à cela, car leur scrotum est encore suffisamment élastique et très consistant au toucher. Leur caractère est extrêmement impressionnable, on est frappé de la prolixité des détails qu'ils donnent à la description des symptômes qu'ils ressentent. L'analyse du symptôme douleur et des diverses sensations qu'ils révèlent, est poussée à un degré extrêmement accusé.

Si, au cours d'un examen général l'état de leur système nerveux est exactement constaté, que trouve-t-on ? Le clinicien sera souvent frappé de la persistance de signes somatiques soit objectifs, soit subjectifs, véritablement caractéristiques : excès de sensibilité du testicule, insensibilité de la cornée, anesthésie pharyngée, cutanée surtout segmentaire, zones d'hyperesthésie, troubles oculaires frapperont par leur persistance. C'est en somme un tableau complet des signes de névrose. Mais les cas typiques sont rares, souvent tous ces stigmates n'existent pas et la névrose n'est souvent que monosymptomatique, sa nature même parfois reste douteuse.

Petit varicocèle n'égale pas toujours douleur, l'impuissance du malade est souvent le seul symptôme accusé. Par une association d'idées simple et facile, le malade en a rendu responsable le varicocèle dont il est porteur. Obsédé par cette idée, il veut à toute force

l'opération libératrice, persuadé que cette ablation de veines légèrement variqueuses lui rendra sa virilité disparue. Ici la névrose n'est plus en cause, c'est un délire hypochondriaque qui se montre dans toute son ampleur. Que donne l'intervention chirurgicale chez ces malades ? Les résultats sont nettement défavorables, l'impuissance n'est pas améliorée, l'indifférence reste complète et le malade retombe dans un délire plus accusé qu'auparavant. Tous les intermédiaires sont possibles entre le simple hypochondriaque et le vesanique hypochondriaque ; la distinction à faire entre ces deux cas est souvent très délicate. Pour l'hypochondriaque simple, le varicocèle, quoique peu développé, devient une préoccupation constante aboutissant à un abattement profond ou à une dépression qui entraîne parfois une tendance marquée au suicide. La cause première réside dans ce trouble moral résultant de cette infirmité. Tantôt c'est un acteur cachant l'objet de son délire et n'accusant, pour être débarrassé de sa lésion, que l'idée de chose inesthétique, gêne dans l'exercice de sa profession ; ce malade opéré à tort avait caché la véritable cause de son délire : une impuissance relative, c'était un réticent.

D'autres fois l'impuissance est nettement avouée.

Des lignes précédentes, il dérive deux notions sur lesquelles nous voulons particulièrement attirer l'attention : ce sont l'impuissance et les réticences dans l'interrogatoire que l'on fait subir au malade.

L'opération chez certains malades présentant des

symptômes hypochondriaques acquis purs avec lésions veineuses accentuées a quelquefois une influence favorable, mais il faut bien mettre en évidence cette notion que les résultats opératoires sont peu brillants chez les malades soupçonnés de névrose, atteints d'impuissance avec ou sans atrophie des testicules, souffrant ou non au moment du coït et présentant des pertes séminales.

Il n'est pas rare alors, comme le fait remarquer Colombani, que les sensations diverses éprouvées par le malade s'accompagnent d'un état de malaise cénesthésique plus ou moins grand, accompagné souvent de phénomènes dépressifs très accusés aussi bien du côté moral que du côté physique.

De plus, quand ces malades viennent vous consulter, ils ne parlent nullement de leurs troubles génitaux, ils n'accusent qu'une simple sensation de gêne sans parler de douleurs, ils sont en un mot des réticents.

Une intervention pratiquée dans ces conditions a généralement des résultats désastreux ; quelque temps après l'opération, quelquefois même immédiatement comme dans une de nos observations, les douleurs réapparaissent plus fortes et plus tenaces, l'impuissance n'a pas été améliorée. Dans ces cas, avant de poser une indication opératoire, il faudra apprécier à fond les troubles subjectifs et l'état mental du malade afin de ne pas être la dupe d'un réticent. L'étude des antécédents tant héréditaires que collatéraux est aussi d'une grande importance, car la

notion de l'hérédité nerveuse joue ici un grand rôle. En effet, la symbiose d'un délire hypochondriaque et d'une névrose familiale est souvent fréquente.

Lorsque le varicocèle est volumineux et s'accompagne de douleurs de gêne, mais sans impuissance, M. Picqué est assez d'avis de faire bénéficier l'individu de l'opération. Mais il nous semble qu'un correctif doit être dans ce cas apporté au pronostic, des récidives seront surtout à craindre chez des individus prédisposés par leur profession et leur demi-culture intellectuelle à une analyse particulière et souvent fausse de leurs sensations. Nous voulons parler d'acteurs dramatiques et d'instituteurs.

M. le professeur Reclus consigne dans la thèse de son élève Saussol un cas intéressant dans lequel l'intervention a suffi pour faire disparaître les symptômes hypochondriaques.

Colombani, dans sa thèse, relate de son côté deux faits intéressants de M. le Professeur Landouzy et de Vidal de Cassis, relatifs à des délires mélancoliques survenus chez des sujets qui ignoraient même l'existence de leur varicocèle. Ceci vient bien démontrer par un autre mécanisme, il est vrai, le retentissement sourd du varicocèle chez des sujets surmenés et impressionnables.

L'opinion de M. le Dr Picqué, contrairement à celle émise dans la thèse de Saussol, est que : chez tout sujet varicocéleux présentant des troubles hypochondriaques avec impressionnabilité, impuissance et pertes séminales, la contre-indication opératoire est formelle.

Une de nos observations (concernant un artiste dramatique) en est un merveilleux exemple ; seulement, dans ces cas, les réticences du malade pourront induire le chirurgien en erreur, et nous ne sommes pas loin de penser que chez tout sujet soupçonné de réticences l'abstention chirurgicale est préférable.

Ces malheureux non améliorés par l'intervention, poursuivent le chirurgien de leurs récriminations et s'ils trouvent quelqu'un pour les confirmer dans leur délire, l'opérateur malheureux peut être en but à d'intolérables persécutions.

M. Picqué a d'ailleurs dit :

« L'abstention absolue doit être alors de règle, les « malades sont en général de futurs persécuteurs et « certains chirurgiens ont des souvenirs désagréables « à cet égard. »

3° Une dernière catégorie intéressante de malades est représentée par un sujet observé par M. Picqué à l'hôpital Bichat :

C'était un malade chargé de lourdes tares nerveuses héréditaires, qui, dès l'âge de seize ans, au sujet d'un varicocèle très hypothétique, a présenté des idées hypochondriaques. Ses pérégrinations furent nombreuses dans les divers hôpitaux parisiens, non moins nombreuses furent les interventions chirurgicales pratiquées sans succès. En fin de compte ce pauvre hère vient échouer dans le service de M. le Dr Picqué à Bichat. M. L. Picqué ayant reconnu ce qu'il appelle le varicocèle d'ordre mental refuse l'intervention. Le malade se met dès lors à persécuter la surveillante

qu'il accuse d'avoir provoqué le refus ; après lui avoir fait des menaces de mort, il est envoyé à Sainte-Anne. C'était un véritable persécuté persécuteur.

Des considérations précédentes, il ressort que l'on peut établir une classification particulière des différents états varicocéleux permettant de poser d'utiles indications et contre-indications opératoires.

Cette classification nous permet de voir aussi qu'avec un accueil moins favorable des plaintes de tel malade, il n'y aurait pas les nombreux insuccès enregistrés par Dollinger dans son intéressante statistique. Les chirurgiens ne doivent pas faire fi des connaissances psychiatriques, elles leur sont souvent très nécessaires.

Nous distinguerons avec M. Picqué trois catégories de malades varicocéleux.

1° Il y a des sujets atteints de gros varicocèles à varicosités très accusées sans troubles fonctionnels ni état mental morbide ; ici l'opération est indiquée, et bien faite donne des résultats très appréciables.

2° Les malades présentant un varicocèle moyen ou de faibles dimensions, atteints en même temps d'une impressionnabilité exagérée, de névralgies multiples très douloureuses chez lesquels l'impuissance et le terrain impressionnable rendent l'intervention inutile et inefficace. Donc, dans cette catégorie, pas d'intervention chirurgicale, ces malades sont souvent des réticents, comme notre première observation le prouve, et cette réticence, lorsqu'elle

sera soupçonnée, contre-indique au même titre que l'impuissance et l'impressionnabilité l'intervention chirurgicale.

3° Une dernière catégorie de varicocèles mal connue des chirurgiens dans laquelle la contre-indication opératoire et absolument formelle. Ce sont des malades présentant uniquement de la névralgie testiculaire, il est probable que beaucoup de malades rentrent dans cette dernière catégorie.

Les veines du cordon ne présentent aucun développement appréciable, ce sont de faux varicocèles, « des varicocèles psychiques ».

Les malades atteints de cette névralgie testiculaire sont de vrais vésaniques hypochondriaques. Ils s'imaginent atteints d'un varicocèle qui n'existe pas ; ils arrivent à ce diagnostic parfois par eux-mêmes, soit à la suite de lectures, soit à la suite de récits faits par des malades atteints de vrais varicocèles. D'autres fois c'est un médecin qui a diagnostiqué à tort un varicocèle ou un chirurgien qui s'est laissé suggestionner par le malade et pratique une opération inutile qui va servir de point de départ au délire du malade. En effet, l'existence de la lésion s'impose dès lors davantage à son esprit et comme le résultat en est nul il considère que l'opération est mal faite et il devient par cela même un véritable persécuteur.

Notre première observation a trait à un malade répondant à la deuxième catégorie de faits que nous venons de signaler, c'est grâce à la grande obligeance

de M. le Dr L. Picqué qu'il nous a été permis de la recueillir.

Nous le remercions encore vivement d'avoir bien voulu nous autoriser à publier dans ce travail les quatre dernières observations répondant à des faits de la troisième catégorie.

Observation I

Varicocèle, résection des veines du cordon, et idées hypochondriaques consécutives à l'intervention.

M. G..., artiste dramatique, 41 ans.

Antécédents héréditaires et personnels. — Hérédité nerveuse paternelle et maternelle très nette.

Personnellement : gastralgie et entérite depuis l'âge de vingt ans ; blennorrhagie ancienne datant de trois ans, compliquée d'un double rétrécissement et de prostatite chronique pour lesquels il est encore en traitement.

Histoire de la maladie. — A l'âge de 11 ou 12 ans le malade constate l'existence d'un varicocèle. « Vers 25 ans, dit le malade, ce varicocèle gauche très proéminent descendait à mi-cuisse, à ce moment ce varicocèle le gêne peu, mais il est toutefois incommode et le gêne pour mettre un maillot, costume qu'il a souvent l'occasion de mettre à cause de sa profession, ce n'est qu'au commencement de 1913 que son idée fut particulièrement attirée vers le varicocèle, la femme avec laquelle il vivait depuis 5 ans l'avait quitté parce que, répétant le mot du malade, il n'était pas une *assez bonne affaire.*

G... attribue alors son peu de vigueur génitale au varicocèle, il pense à se le faire enlever.

Il entre dans le service de M. Picqué, à l'hôpital Lariboisière, où, pour se faire opérer, il invoque la gêne que cause son varicocèle à sa profession d'acteur.

M. Picqué, le 22 juin 1913, pratique la ligature des veines du cordon.

Dès le lendemain de l'opération le malade se plaint à M. Picqué de douleurs dans le côté droit du ventre, cette douleur d'ailleurs, quoique moins aiguë, dure encore à l'heure actuelle, c'est plutôt, nous dit le malade, une gêne, une sensation comparée par lui à la pression d'une plaque de vésicatoire cicatrisée que l'on craquèle.

Quelques jours après, le malade accuse une douleur au niveau des testicules et croit à une orchite. M. Picqué l'examine, ne trouve rien et lui dit que cela cessera si il réussit à en détourner son attention. Quoiqu'en dise M. Picqué, le malade attribue ses douleurs à une réapparition de son varicocèle. En effet, le premier jour où il se lève, se promenant dans la salle, il pâlit, verdit, perd presque connaissance, ses testicules enflent, dit-il, la verge disparaît, suivant son expression, dans une saillie du mont de Vénus. Désespéré, ayant de violentes crises de larmes, voyant que cette inflammation des testicules grossit dès qu'il est debout pour disparaître quand il est couché ou assis, le malade rentre chez lui.

Là il constate que chaque fois qu'il se lève la cicatrice de son opération s'ouvrait, suintait et ne se refermait qu'après un séjour prolongé au lit. Le malade opéré le 23 juin, ne reprend ses occupations que le 1er septembre. »

Examen actuel du 31 octobre. — Le malade ressent toujours cette gêne dans la fosse iliaque droite ; de plus, il a, dit-il, des névralgies douloureuses très tenaces dans le cor-

don gauche, qui selon lui est induré, épaissi, surtout au niveau de l'orifice inguinal. Le malade nous raconte que ses veines enflent, gonflent, surtout quand il met un maillot et s'agite sur la scène ; la bourse gauche paraît-il, apparaît alors très proéminente sous le maillot ; de plus, on a dit au malade que ses sutures avaient été faites avec des fils de soie, M. Picqué suivant lui n'opérant jamais avec du catgut, on lui a dit aussi que ce dernier se résorbe mieux. Partant de cette idée, le malade a peur que ses fils produisent des abcès et qu'ils ressortent. D'ailleurs, il a été voir un de ses camarades, artiste comme lui, ancien étudiant en médecine. Ce dernier après examen lui a affirmé que l'on sentait très bien les fils poindre sous la peau et qu'ils pourraient ressortir même deux ans après l'opération.

Le malade a constamment peur qu'ils ne ressortent un jour en travaillant, et ne produisent un abcès amenant la perte de ses testicules. Cette idée torture le malade qui devient nerveux, irritable, dort mal, ne peut tenir en place s'agite.

Sa physionomie pâle émaciée, aux yeux saillants et fixes, aux traits grimaçants quand il parle est tout à fait caractéristique.

Il va de théâtre, en théâtre ne pouvant se fixer nulle part, persuadé que tout le monde lui en veut et s'aperçoit de son varicocèle. L'idée de faire une audition pour être engagé quelque part lui procure un tel malaise que souvent il ne peut continuer et se met à bredouiller.

Professeur de diction dans un pensionnat de jeunes filles anglaises, il a été remercié au bout de quelque temps. Il ne peut s'expliquer ce départ forcé qu'il attribue à son irritabilité.

Obsédé par cette idée de varicocèle proéminent et par

cette épée de Damoclès : la sortie d'un fil, il ne peut fixer son attention sur rien. Il lui est difficile d'apprendre un rôle ; son métier le dégoûte et il veut en changer.

En résumé, le malade est nerveux, irritable, ne pouvant tenir en place ; quand on lui cause il s'agite, gesticule et ses mains tremblent ; tout dans ses discours est dominé par la hantise de ses veines qui enflent et par la sortie d'un fil.

De plus, détail important et significatif, le malade fait sa cuisine lui-même, car il a peur d'être empoisonné.

Nous avons donc à faire aujourd'hui à un hypochondriaque avec obsession et tendance à la persécution.

Nota. — Examen de ses bourses : le côté gauche descend à peine plus bas que le côté droit, cicatrice parfaite de l'intervention n'ayant certainement pas suppuré et s'étant réunie par première intention ; très peu de varicosités ; douleurs insignifiantes à la pression du cordon. En somme, les résultats opératoires locaux semblent tout à fait satistaisants.

On constate de plus deux noyaux résiduels d'orchi-épidydimite gauche et droite, plus une prostate hypertrophiée.

Observation II

Névralgie testiculaire simulant un varicocèle chez un hypochondriaque.

M. X... fermier, âgé de 50 ans.

Histoire de la maladie. — Jusqu'à 18-19 ans rien ne vint troubler la vie de ce malade : à cette époque il travaillait aux champs avec les ouvriers de son père ; lorsqu'un soir il se sentit plus fatigué qu'à l'ordinaire ; sentiment de pesanteur et lassitude générale, qui ne firent qu'augmenter les jours suivants.

Il sentit alors peu à peu des tiraillements dans les bourses et principalement du côté gauche — les douleurs se calmaient un peu dès qu'il s'asseyait — mais il commençait à s'affecter de ces douleurs — le soir en allant se coucher, ce qu'il avait hâte de faire, il s'examinait en constatant que la palpation des bourses et le simple toucher étaient douloureux.

Il se couchait la tête pleine de tristes pensées et mettait longtemps à s'endormir, car les douleurs augmentaient la nuit ; souvent ce n'était que le matin qu'il parvenait à prendre un peu de sommeil, et lorsqu'il fallait retourner aux champs, les douleurs reprenaient d'abord faiblement puis de plus en plus aiguës, le forçant parfois à s'arrêter

dans son travail. Il lui arrivait alors d'avoir soit des crises de colère, soit de découragement contre son mal, qui le mettait si nettement en état d'infériorité.

On voit combien ce malade se rappelle cette période déjà ancienne, c'était dès sa jeunesse un vrai hypochondriaque.

En 1870, il veut prendre du service, mais avant de se présenter au conseil de revision, il alla trouver son médecin ; celui-ci lui avoua qu'il ne serait pas pris. C'est ce qui arriva et le médecin-major ajouta : « Vous n'êtes capable de faire ni un fantassin ni un cavalier. »

Ces paroles se gravèrent dans l'esprit du malade et ne firent qu'aggraver son hypochondrie.

Il reprit son travail aux champs, mais les paroles du médecin militaire lui étaient toujours présentes ; elles devaient influencer sa vie tout entière, il était triste, maussade, parlait peu.

Mais les douleurs devenant plus aiguës, le malade se décida à une intervention, c'est alors que commence son odyssée chirurgicale.

A Paris en 1870. — Verneuil reconnaît bien l'influence de son état mental sur les douleurs, néanmoins le malade se fait opérer à la maison Dubois.

1re *Opération.* — Le malade n'a pas été endormi. « On n'a pas pu, dit-il, j'étais trop nerveux ».

L'amélioration n'a pas été bien grande, et au sortir de l'hôpital il ressentait encore des douleurs. Il retourne à son travail, mais en 1880, n'y tenant plus : 2e opération à la maison Dubois.

Pendant six semaines à deux mois, amélioration qui amène un peu de gaieté chez le malade, mais au bout de

ce temps nouvelles douleurs. « J'étais bien décidé, dit-il, à ne plus jamais me faire opérer. »

En 1886, 3e opération à l'hôpital Péan ; mal endormi, l'opération n'a servi à rien ; le malade revient plus triste et plus affecté que jamais.

En 1895, M. Prévost, qui l'a soigné à l'hôpital Péan, lui fait la résection du scrotum : c'est la 4e intervention.

Celle-là ne compte pas pour le malade, elle est *insignifiante.*

« Il a fait cela d'après un livre que nous avions regardé « ensemble, et puis il n'a touché qu'au scrotum, cela ne « m'a pas guéri du tout. »

Ici la mémoire du malade lui fait défaut.

Il sera de nouveau opéré en 1897, mais il reconnaît que de 1886 à 1895 une opération doit venir se placer.

Enfin, en 1897, dernière opération à Dubois par M. Picqué ; de celle-là seulement il a conservé un bon souvenir ; d'abord il a été bien endormi et c'est la seule fois ; ensuite il n'a plus souffert pendant deux ou trois mois ; il reste trois semaines à Dubois puis s'en retourne ; quelques temps après, ses douleurs doivent le reprendre.

« A ce moment, dit-il, le varicocèle était bien plus petit mais beaucoup plus douloureux. »

M. Picqué a pratiqué cette intervention, croyant réellement à l'existence d'un varicocèle ; les veines distendues étaient peu volumineuses ; bien que frappé de ce fait, M. Picqué ne crut pas devoir lui refuser le bénéfice de cette intervention ; il supprime toutes les veines du cordon et le résultat fut nul.

Toutes les fois que le malade vient à Paris, il ne manque pas de venir voir M. Picqué ; les douleurs sont toujours les

mêmes ; l'examen local montre l'*absence absolue de tout varicocèle.*

Son état mental n'a fait que s'aggraver, mais il n'est resté qu'un hypochondriaque.

Pendant l'interrogatoire, il est abattu, il est assis courbé en deux, la tête penchée, les regards dans le vide, il suit sa pensée et répond difficilement aux questions qu'on lui pose, à chaque instant il semble sortir d'une profonde méditation. Son front d'ailleurs est ridé et tout le visage est empreint d'une profonde tristesse.

Il parle très peu d'ordinaire et paraît agacé que sa mère, très prolyxe, donne autant d'explications sur son fils. Il ne travaille plus aux champs, mais reste chez lui à lire. Il sort très peu pour surveiller ses ouvriers, il s'imagine qu'on le regarde passer dans le village et que certains lui tournent le dos, que d'autres se moquent de lui ou même lui cherchent des désagréments ; aussi se détache-t-il le plus possible de tous pour vivre de plus en plus en lui-même.

Son caractère est considérablement aigri, impatient et parfois violent à l'égard de ceux sur qui se portent ses soupçons.

Dans une lettre récente écrite à l'interne de M. Picqué il accuse toujours des souffrances dans le testicule gauche opéré, il ajoute :

« Selon moi, je ne vois qu'un moyen, ce serait de supprimer les veines variqueuses me donnant des douleurs aussi aiguës que si l'on m'arrachait l'anus ; je crois que ces veines sont adhérentes au testicule qui par lui-même est très douleureux au toucher ; aussi s'il était moins dangereux et plus facile d'en faire l'ablation avec les

« veines, je m'y résignerais, puisque je souffre de ce mal « depuis l'âge de vingt ans ».

Ce malade n'a d'ailleurs aucune idée de persécution, il est également reconnaissant à tous ceux qui ont essayé sans succès de le guérir.

Observation III

Névralgie du testicule simulant un varicocèle chez un neurasthénique.

Le nommé R... Edward, âgé de 27 ans, est adressé à M. Picqué par le Dr Dubousquet de Brives parce qu'il se plaint d'un varicocèle et demande à être opéré.

Sur la demande de M. Picqué le Dr Dubousquet envoie la très intéressante note suivante :

Aucune maladie jusqu'au service militaire ; fait un an de service dans un régiment d'infanterie comme fils aîné de femme veuve. Père mort accidentellement à 70 ans, mère bien portante, mais nerveuse a des accès de peur sans raison.

Sœur et frère souffrant de l'estomac et de palpitations ; le frère vient d'être réformé pour dilatation d'estomac avec cœur hypertrophié ; je le connais et il se plaint d'un grand nombre de maux : palpitations, douleurs à la nuque, fatigues sans motif, pas d'albumine.

Notre sujet, quinze jours après son retour au régiment, à la suite des manœuvres, présente une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu, qui l'oblige à rester trois mois au lit et à prendre trois mois de convalescence ; ensuite, crampes d'estomac, flatulences, aigreurs. Il part pour Vichy d'où il revient plus malade ; en 1900 va à Paris comme

valet de chambre, y reste 10 mois et en repart en juillet 1901 pour revenir chez lui à cause de faiblesse extrême, maux d'estomac, vomissements, vertiges, constipation opiniâtre habituelle.

A la fin de 1901, un jour en déchargeant du bois, il ressent une gêne, une douleur, une pesanteur dans le testicule gauche.

Je le revois en 1902 : dilatation considérable de l'estomac, clapotement, constipation et varicocèle très moyen, mais avec douleurs multiples dans le bas ventre, les cuisses, les reins, craintes d'affections graves — douleurs en casque à la nuque, pas d'albumine, rien au poumon, rien au cœur. — Entre à Bichat service de M. Picqué ; opération jugée comme nuisible à cause de la mentalité du sujet, démontrée par le récit écrit par le malade de tous ses maux.

Revu depuis plusieurs fois; neurasthénique avec céphalalgie en casque et douleurs de la nuque.

Note de M. Picqué :

1er Examen. M. Picqué ignore les détails fournis par M. Dubousquet, l'examen attentif du testicule et du cordon démontre qu'il n'y a pas de varicocèle. M. Picqué fait écrire au malade le récit de ses maux ; à cette lecture M. Picqué jugeant qu'il avait affaire à un neurasthénique refuse de l'opérer. M. Dubousquet confirme le diagnostic.

Observation IV

Névralgie testiculaire, chez un vésanique hypochondriaque.

Il s'agit d'un homme de 38 ans, clerc de notaire, qui se présente à M. Picqué, à Dubois en 1897 pour un varicocèle dont il désire être opéré.

Les douleurs accusées par le malade sont très vives, il se plaint de tiraillements dans le cordon, de pesanteur dans les bourses, d'irradiations douloureuses dans le membre inférieur.

Et aussi : absence presque complète de veines dilatées — station debout prolongée imposée au malade — le malade est énervé et les douleurs augmentent, *aucune augmentation de volume*. Il demande à parler à part à M. Picqué, ayant une confidence à lui faire. Il raconte alors qu'il a de l'impuissance et de la spermatorrhée et qu'un ami lui a déclaré que cette impuissance ne prendrait fin que lorsqu'il serait opéré de son varicocèle.

Il écrit son histoire à M. Picqué ; c'est une odyssée navrante où ce malheureux expose en détail et dans un style quasi littéraire toute l'histoire de son impuissance ; on voit qu'il a interrogé tous ses camarades sur cette question et c'est le long récit de ses déceptions qu'il fait, au bout desquelles il est tombé dans l'onanisme ; il

a des idées mélancoliques qui le poussent au suicide.

M. Picqué a refusé de l'opérer et l'a perdu de vue dans la suite.

Une opération dans ce cas n'aurait certainement pas donné de résultat.

Observation V

M. L..., 43 ans, entrepreneur de maçonnerie.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à la suite d'une peur en 1870, à Sedan. Père mort probablement de cancer à l'estomac, trois sœurs qui se portent bien : l'une est à Baumont, mariée, l'autre est dans les Ardennes, d'abord mariée, elle a divorcé. Elle a eu tort, ajoute le malade, elle avait un bon mari, mais elle a un caractère vif et emporté. La troisième est à Paris où elle fait des ménages, c'est la plus jeune de toutes, 34 ans. Le malade est l'aîné de tous les enfants.

Antécédents personnels. — Le malade n'a jamais eu aucune maladie dans sa jeunesse. Le grand-père, entrepreneur de constructions, qui veut le pousser dans l'instruction et le faire devenir instituteur, l'envoie à l'école communale de son pays dans les Ardennes de 5 à 16 ans. Il y travaille un peu, cherche à obtenir son certificat d'études primaires supérieures, mais bientôt ce travail l'ennuie, il quitte l'école, et malgré tout ce qu'on peut lui dire va travailler avec son grand-père. Il le regrette aujourd'hui et reconnaît avoir manqué sa vie par sa faute.

Du reste, il n'a jamais beaucoup travaillé étant jeune ;

son caractère à cette époque était gai, mais trop changeant et trop excentrique, il était emballé et impatient.

Histoire de la maladie. — A 18, ans dans son travail, il sent des douleurs vagues au niveau des bourses et surtout à gauche ; il va voir un médecin qui lui reconnaît un varicocèle et lui conseille de porter un suspensoir. Le malade, pour qui tout est sujet d'accusation contre lui, se reproche de ne pas l'avoir porté régulièrement, mais seulement lorsque cela lui plaisait. Par les grandes chaleurs, le côté gauche des bourses augmentant de volume provoquait d'abord une simple sensation de lourdeur, de tiraillements, puis des douleurs qui quelques fois, quoique rarement, ne se localisaient pas aux bourses mais gagnaient les reins. Ce qui paraît bien certain, c'est que le varicocèle ne l'a jamais fait souffrir beaucoup, car même pour les travaux pénibles il lui suffisait de s'arrêter dix minutes, un quart d'heure, pour pouvoir reprendre son travail ; d'autre part, il était entièrement soulagé par le suspensoir.

Depuis 3 ou 4 ans son varicocèle aurait augmenté. Cette histoire paraît cependant très banale. Il ne s'agit pas ici de tumeur volumineuse des bourses, de douleurs intolérables, le malade avoue lui-même que cela était très supportable et que jamais il n'a dû interrompre son travail.

La connaissance que le malade avait de son varicocèle lui a été beaucoup plus funeste que le varicocèle lui-même et, en effet, écoutons-le :

« Ce n'était rien, mais j'y pensais tout le temps, cela me rendait triste. Si je ne me suis pas marié, c'est à cause de cela, je croyais que c'était grave, et ça ne l'était pas.

« J'allais voir des demoiselles mais de mariage je n'en parlais pas ; je l'aurais voulu cependant, et j'aurais eu une jolie position. J'ai eu de belles occasions, mais je n'ai pas été adroit, et je vous garantis que c'est le varicocèle qui m'a perdu, cependant ce n'était rien. Où j'ai eu tort, c'est de ne pas le dire à mes autres parents qui m'auraient dit : ce n'est rien, marie-toi. »

Dès maintenant le malade nous apparaît comme un pusillanime incapable d'avoir une idée personnelle, incapable de volonté, timide et tourmenté par des scrupules irraisonnés. Il n'osait pas se marier et il reconnaît que ce qu'il avait n'était rien.

La plupart des hypochondriaques donnent à leurs troubles somatiques une importance réelle.

Ils repoussent l'idée d'un trouble quelconque de leurs facultés intellectuelles ; ici c'est bien différent, le malade pense à son varicocèle constamment et cette idée le rend triste. Mais il reconnaît toutefois que ce n'est rien et qu'il a eu tort de troubler sa vie pour cela. Il avoue l'influence considérable de son affection sur son cerveau.

Jusqu'ici il n'a aucun délire, les sensations qui l'obsèdent lui suggèrent des craintes exagérées et c'est tout. C'est ce qui explique qu'il ait pu vivre en pleine société de 20 ans à 43 ans. Comme aîné d'orphelins, il n'a pas de service à faire mais au conseil de revision le médecin militaire ne s'aperçoit même pas de son varicocèle. Il passe ainsi toute sa vie travaillant avec son grand-père à son propre compte. Son caractère devient de plus en plus renfermé, de plus en plus timide à mesure que sa vie est gâchée par sa propre faute et par son varicocèle. Ici les renseignements de ses sœurs seraient intéressants à connaître ; le malade nous renseigne très mal sur son genre de vie et son

état de santé ; à peine apprenons-nous qu'il mangeait mal, qu'il avait parfois mal à l'estomac mais que, par contre, il buvait bien, peu de vin, beaucoup de bière et d'alcool. Lorsqu'il était jeune, un litre de marc lui durait de trois à quatre jours à lui tout seul. Il s'étonne de se voir interroger si longtemps et demande ce que l'on peut avoir à tant écrire sur son compte, c'est toute une instruction, ajoute-t-il.

Depuis déjà trois ou quatre ans d'autres soucis viennent aggraver sa maladie ; il avait emprunté de l'argent pour acheter une carrière et la faire exploiter ; il en avait emprunté pour faire construire un four à chaux; mais les affaires n'allèrent pas et lorsqu'il lui fallut payer ses dettes il ne fut pas en mesure et dut revendre sa carrière. A partir de ce moment ses troubles s'exagèrent, sa tristesse augmente, il mange seul, dort peu, éprouve de la répugnance à se montrer, à causer, reste enfermé, préférant la solitude à la conversation de ses semblables.

Plus que jamais, il rumine sa vie et son varicocèle lui apparaît bien nettement comme la cause de tout son mal. Rien ne le retient plus dans son village où la présence de tous ceux qu'il a connus lui pèse et décide de venir à Paris dans l'intention de se faire opérer ; il reste d'abord à Paris trois ou quatre jours chez sa sœur, puis entre à Laënnec dans le service du Professeur Reclus qui veut opérer son varicocèle à la cocaïne ; le malade y était triste, pleurard et accepte tout d'abord l'opération, puis après refuse par peur, il le regrette aujourd'hui. « J'aurais dû me faire opérer, « dit-il, ce serait fini, mais j'ai eu une drôle de vie, je n'ai « jamais fait ce que j'aurais dû faire. »

En quittant Laënnec il retourne chez sa sœur où il va rester environ une quinzaine de jours ; seul une partie de

la journée, il retombe de nouveau dans sa tristesse qui devient plus amère que jamais. De nouveau il repense à son mariage manqué, à sa vie perdue, à ses mauvaises affaires. Il rapporte tout à son varicocèle et s'accuse de plus en plus d'avoir refusé une opération qui allait enfin le délivrer.

« A ce moment, dit-il, j'étais un peu atteint du cerveau, « j'avais un peu de neurathénie par suite de mon varicocèle « et de mes mauvaises affaires. »

Le 6 avril, il entre à Sainte-Anne dans le service de M. Magnan qui porte le diagnostic de mélancolie avec idées hypochondriaques. Il y ressent un peu de tranquillité, ses idées tristes s'améliorent : « Je descendais dans la cour, « je causais, ma sœur venait me voir deux fois par semaine, « j'étais très tranquille. »

Au bout de quinze jours il est envoyé dans le service de M. Vigouroux, à Vaucluse, là son amélioration continuait. Il ne restait plus inactif, mais il aidait les infirmiers dans leur travail.

Cependant, un malade avec qui il s'était lié et à qui il avait raconté toute sa vie lui ayant dit qu'il ne s'agissait pas du tout chez lui de varicocèle mais bien d'orchite et ayant ajouté que cela était inguérissable, ses idées tristes renaissent et de nouveau il pleure.

M. le Dr Vigouroux qui a constaté son varicocèle, lui demande s'il a le désir de se faire opérer, le malade répond oui, comme toujours, il le regrette. « J'ai dit oui, « j'aurais dû dire non, je savais bien que cela me serait « funeste ; quand M. Picqué m'a examiné j'aurais dû lui « dire que j'avais de l'orchite ; je ne sais pas pourquoi je « ne le lui ai pas dit, je n'ai pas osé par timidité et à cause « de la gravité de la chose un peu honteuse. »

Dans les derniers jours, à Vaucluse, il s'agite de nouveau

en pensant qu'il va revenir à Sainte-Anne dans un service de chirurgie. « Du moment que j'étais dans un asile « d'aliénés, j'étais tranquille, dans un service de chirurgie « je n'ai jamais pu l'être, j'ai toujours été impressionnable. « la peur m'a perdu. »

Etat actuel. — Le malade rentre donc à Sainte-Anne au pavillon de chirurgie de M. Picqué, il est agité, se promène dans la chambre en chemise, pieds nus, jour et nuit, il s'assied un instant sur son lit pour se relever et recommencer à se promener et en répétant de temps en temps : « Ma sœur, ma pauvre sœur », en pleurant.

Il reconnaît lui-même cette agitation et il l'explique : « Je suis ici pour être opéré et puisque j'ai des orchites je « pense qu'on va m'enlever mes testicules, je ne veux pas « qu'on me les enlève. » Puis il raconte que quelques jours auparavant, il a avalé deux petits sous et une plume, il met cela sur le compte de son agitation et s'accuse d'avoir agi ainsi et pleure : « A cause de ces deux sous il « faut ma mort maintenant. » Comme on l'interroge sur ce dernier point il reste étonné : « Pour m'opérer il faut que « je sois mort. » On essaie de le persuader qu'on l'endormira, et qu'après cela il sera guéri. Il ne croit pas : « On m'endormira pour ne pas me réveiller, on ne me donne rien à manger, ce n'est pas pour me faire vivre ; je vois bien que c'est pour me faire mourir ; je suis faible, si vous m'aviez vu hier j'étais trois fois plus gros, j'ai eu des tiraillements, les mains rouges, je ne sais pas ce qu'on m'a donné pour cela. »

C'est la première fois au cours de sa longue maladie qu'il présente quelques idées de persécution. Plusieurs fois il a pensé à se tuer, il pense chaque jour que sa dernière

heure est arrivée, mais ses idées séjournent peu dans son esprit. Il s'accuse de ne jamais avoir fait ce qu'il devait faire dans sa vie et surtout d'avoir avalé les deux sous dont le souvenir revient constamment à son esprit. « Comment ai-je pu faire une pareille chose, ma sœur est « déshonorée maintenant, je la perds la pauvre fille, c'est « bien malheureux qu'elle m'ait placé en son nom ; parce « que j'ai avalé ces deux sous on va tout lui prendre ; « c'est ma faute, pourquoi ai-je fait cela, je suis un vau- « rien, un brigand ; avant cette bêtise nous étions heureux, « elle venait me voir, et puis maintenant elle est ruinée. »

A ce moment son aspect est bien caractéristique ; assis sur le bord de son lit, tous les traits tendus, les yeux fixes, inquiets, le front plissé, tantôt il reste immobile comme absorbé dans de profondes méditations, tantôt il se lève, se promène les bras le long du corps, lentement, sans énergie, plaignant sa sœur et s'accusant sans cesse. Il n'a aucune minute de repos et toute sa physionomie exprime la tristesse et la crainte.

Dans une première partie de sa vie, il souffre réellement de son varicocèle mais il exagère considérablement ses douleurs, c'est la phase hypochondriaque de son affection mentale ; aujourd'hui il ajoute à cela un véritable délire, il a des idées de suicide, c'est la phase mélancolique.

CONCLUSIONS

Dans ce court travail au sujet d'un cas particulier, nous avons voulu montrer l'étroite communion existant entre la Chirurgie et la Psychiatrie ; après une étude générale des lésions périphériques conditionnant un trouble mental, nous avons appliqué ces notions à l'étude des indications opératoires dans le traitement chirurgical du varicocèle.

Nous croyons avoir montré les écueils à éviter et avoir indiqué nettement dans quels cas l'opération était rationnelle. Nous sommes arrivés ainsi à classer les différentes sortes de varicocèles en trois grands groupes peut-être un peu trop schématiques mais qui, à notre avis, répondent à un but pratique.

1° Il y a des sujets atteints de gros varicocèles à varicosités très accusées, sans troubles fonctionnels ni état mental morbide ; ici l'opération est indiquée, et bien faite donne des résultats très appréciables.

2° Les malades présentant un varicocèle moyen ou de petites dimensions et atteints en même temps d'une impressionnabilité exagérée, de névralgies multiples très douloureuses chez lesquels l'impuissance et le terrain impressionnable rendent l'intervention inutile et inefficace. Donc dans cette catégorie pas d'intervention chirurgicale, ces malades sont en même temps des réticents, comme notre première observation l'a prouvé, et cette réticence, lorsqu'elle sera soupçonnée, contre-indique au même titre que l'impuissance et l'impressionnabilité l'intervention chirurgicale.

3° De trois observations citées dans cette thèse découle une troisième catégorie de varicocèles, mal connue des chirurgiens, dans laquelle la contre-indication opératoire est absolument formelle. Ce sont des malades présentant uniquement de la névralgie testiculaire ; il est probable que beaucoup de malades rentrent dans cette dernière catégorie. Les veines du cordon ne présentent aucun développement appréciable, ce sont de faux varicocèles, « des varicocèles psychiques ».

Les malades atteints de cette névralgie testiculaire sont de vrais vésaniques hypochondriaques. Ils s'imaginent atteints d'un varicocèle qui n'existe pas, ils arrivent à ce diagnostic parfois par eux-mêmes, soit à la suite de lectures, soit à la suite de récits faits par des malades atteints de vrais varicocèles. D'autres fois c'est un médecin qui a diagnostiqué à tort un varicocèle ou un chirurgien qui s'est laissé suggestionner

par le malade, et pratique une opération inutile qui va servir de point de départ au délire du malade. En effet, l'existence de la lésion s'impose dès lors davantage à son esprit et comme le résultat en est nul il considère que l'opération a été mal faite, il devient par cela même un véritable persécuteur.

Vu, le président de la Thèse,

P. RECLUS.

Vu, le Doyen,

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Pour le Recteur :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1° Ouvrages de M. le Dr Lucien Picqué, *Psychopathie et Chirurgie.* I. *Doctrines et faits*, Paris, Masson, 1912.

2° *Chirurgie des aliénés, Recueils de travaux publics*, sous la direction de Lucien Picqué et Jules Dagonet, tome III, Paris, Masson, 1901.

3° *Rapport* de M. le Dr Lucien Picqué au XIIIe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes Français et des Pays de Langue Française, Session du Puy, août 1913.

Des Indications opératoires chez les Aliénés au point de vue opératoire et Medico-légal, Masson, Paris, 1913.

1° Dr A. Mignon (*Professeur au Val de Grâce*), *Des Principales affections chirurgicales dans l'Armée.* Article du *Varicocèle*, pages 211 à 241. Paris, Masson, 1910.

2° Dr Colombani Jules, *Introduction à l'Etude des Troubles Psychiques dans l'étude des affections génito-urinaires de l'Homme, et des conséquences thérapeutiques qui en découlent*, Paris, 1901, in-8, 68 p. Thèse Paris, Med. 1900-1901, n° 631.

3° Dr Saussol, Léon Paul, *Hypochondrie et Varicocèle*, Paris, 1907, in-8, 87 p. Thèse Paris, Med. 1906-1907, n° 476.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. — Des diverses opinions émises sur le traitement chirurgical du varicocèle 9
II. — Des rapports de l'état mental (1) avec les affections chirurgicales. 13
III. — De l'origine extra-cérébrale des troubles psychiques 19
IV. — Du rôle de la prédisposition héréditaire et du terrain pathologique 23
V. — De l'application des notions précédentes à l'étude du varicocèle. 29
Conclusions 63
Bibliographie 67

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE